

INSTITUTO DE HIGIENE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO

DIRETOR: PROF. G. H. DE PAULA SOUZA

BOLETIM N. 88

Organização da luta anti-tuberculosa na cidade e no campo

DR. R. DE PAULA SOUZA

ORGANIZAÇÃO DA LUTA ANTI-TUBERCULOSA NA CIDADE E NO CAMPO (*)

DR. R. DE PAULA SOUZA

— GUERRA E TUBERCULOSE —

Em todos os tempos, as moléstias foram o cortejo obrigatório das guerras; epidemias tremendas e devastadoras sempre se associaram às lutas armadas, roubando mais vidas que a própria luta. O ambiente altamente propício criado pelas guerras para a propagação da tuberculose, também o era para outras moléstias de mais rápida difusão, que prevaleciam e encobriam a penetração grave daquela. Os progressos da higiene afastaram ou reduziram o perigo de muitas delas na guerra, de 1914-18; dessa forma se evidenciou o recrudescimento da tuberculose mercê da fadiga, depressão moral, desnutrição, promiscuidade, etc., que facilitavam os contatos e debilitavam os organismos.

A Europa depois de 18 foi vasto acampamento da peste branca, cujo raio de ação se estendia para além do palco da guerra armada. Países, como a Bélgica, Inglaterra, Alemanha, Itália e Austria, que em 1913 apresentavam índices de mortalidade por cem mil habitantes de 118 — 135 — 143 — 149 — 225 e 259, em 1918 passaram, respectivamente, em ascensão progressiva para 245 — 167 — 230 — 209 — 246 e 403. Outros, isentos de luta armada, como Portugal, Uruguai, Dinamarca, E. Unidos ou Japão, passam de 125 — 132 — 142 — 143 e 209 para 155 — 168 — 204 e 253. Cidades como Viena e Varsóvia saltam, respectivamente, de 278 e 320 para 427 e 975. Estatísticas reunindo cerca de 400 cidades alemãs, mostram o índice médio de

(*) Correlatório apresentado ao Congresso Brasileiro dos Problemas Médico-Sociais de após guerra — (Bahia, julho de 1945).

157 se elevar a 287. Estimativas referentes à Europa, mostram ascensão de 10% nas regiões preservadas e 200 % nas que sofreram mais rijamente; credita-se a guerra, como responsável pela morte por tuberculose de cerca de 200.000 pessoas.

Se os países em guerra foram tão atingidos, que dizer dos indivíduos mais diretamente ligados a ela? Basta lembrar que, em 1917, só do exército francês, haviam revertido à vida civil, 150.000 combatentes. Quando os Estados Unidos entraram na primeira guerra, procuraram executar um programa profilático de real eficácia contra a propagação da tuberculose. Foi longamente debatida a importância dos exames clínicos e radiológicos; estes por esse tempo eram realmente deficientes, tornando-se outrossim difícil seu emprego em larga escala, recaindo naqueles a escolha. Um conjunto de 600 médicos examinou 3.300.000 convocados, tendo separado 22.600 tuberculosos ou seja 0,6%; com o decorrer da guerra, outros mais foram diagnosticados e remetidos da França; com a desmobilização a cifra é aumentada em parte por portadores de formas despercebidas ao primeiro exame. Spilmann, em trabalho que muito inspirou a nova orientação profilática da guerra atual, mostra que a tuberculose dos veteranos custou aos Estados Unidos até 1940, a fantástica soma de quase 1.000.000.000 de dólares, orçando, só a hospitalização, em cerca de 350 milhões. Nesse mesmo ano, ainda existiam internados 11.400 veteranos e recebiam pensão 55.000. Por esse conjunto de dados, verifica-se que a profilaxia posta em prática na guerra de 14, não trouxe o resultado desejado, embora executada com o rigor científico e técnico de então.

As primeiras notícias referentes à tuberculose no início desta guerra, trouxeram grande apreensão ao mundo; parecia que a tuberculose ia seguir o mesmo curso anterior, senão muito maior, dadas as condições de guerra total, com bombardêios de população civil, intensas correntes migratórias, etc. (Basta se saber, que de 13 milhões de casas do Reino Unido, 1/3 foram danificadas ou destruídas, sendo que 200 mil destruídas e 250 mil tornadas inabitáveis). A Inglaterra e País de Gales acusam de 1939 a 1940 um aumento de 13% em sua curva de mortalidade por tuberculose; Londres, cujo índice era de 78 em 1938, o vê saltar para 97 em 3 anos, sendo que a tuberculose pulmonar aumenta de 72%. Felizmente os efeitos da profilaxia logo depois se fizeram sentir e é com prazer que se assinala o seguinte declínio, exposto em números absolutos de óbitos:

Ano	Inglaterra e País de Gales	Escócia
1938	25.539	3.432
1939	23.394	3.526
1940	28.144	4.003
1941	28.670	4.174
1942	25.549	3.998
1943	25.650	3.959

Queda progressiva também vamos observar nos Estados Unidos. Neste grande país, a curva de mortalidade era francamente descendente até a guerra, acentuando-se ainda mais depois dela, o oposto do que sucedera na primeira guerra mundial:

1.a Guerra Mundial			2.a Guerra Mundial		
1915	86.726	140,1	1938	63.735	49,1
1916	92.688	138,4	1939	61.609	47,1
1917	100.789	143,5	1940	60.428	45,9
1918	118.334	149,8	1941	59.251	44,4
1919	104.486	125,6	1942	57.690	43,1
1920	97.366	113,1	1943	56.178	41,9

A comparação dos resultados nas duas guerras é penhor da eficácia da profilaxia. A que se deve sucesso tão evidente? Exclusivamente à prática, com meios modernos, de princípios antigos e certos, porém só exequíveis em nossos dias, e, para grande satisfação íntima de nós brasileiros, por obra e esforço de um grande patricio nosso — Manoel de Abreu.

— MELHORIA DE DIAGNÓSTICO —

Com o advento da segunda guerra mundial, o interesse pela solução do problema, ocupou lugar de destaque. Estudos críticos cuidadosos, procuraram as causas do insucesso e um meio para debelá-lo. A razão máxima parecia residir na ineficácia do diagnóstico da tuberculose, não dando aos Dispensários a necessária capacidade de ação. Como resolver o problema? Os progressos da radiologia, haviam demonstrado seu alto valor diagnóstico nas afecções pulmonares, porém seu emprego na prática, se circunscrevia a exame complementar. A evolução científica daquele tempo para cá, deu a Abreu a possibilidade de ampliar o domínio da radiologia pulmonar, dando-lhe, além do mais, feição coletiva. Estava resolvido o problema diagnóstico e, com isso, o sucesso da campanha que era dele dependen-

te. A Alemanha, que acompanhara a marcha dos trabalhos de Abreu, deu grande desenvolvimento à roentgenfotografia. A Inglaterra e os E. Unidos receberam-no com restrições, porém de fins de 1941 em diante, sancionaram-no oficialmente; a premência de tempo, exigindo o máximo no menor período, deu-lhe tal desenvolvimento e trouxe tais resultados que abriram campos imensos para a eficácia da luta anti-tuberculosa. O processo ganhou de muito com o batismo de fogo.

Revoluciona-se inteiramente a técnica de pesquisa da tuberculose. A ambição de se encontrar o foco tuberculoso, tornou-se realidade fácil, rápida e barata. Dentre as muitas surpresas trazidas, uma é do mais alto valor profilático: a descoberta do doente, sem qualquer sintoma subjetivo e frequentemente até com sinais objetivos discretíssimos.

A execução da roentgenfotografia em massa, recebeu a sanção mundial definitiva, com sua execução em larga escala nos E. Unidos e Inglaterra. Pelas exigências da guerra esses dois países reunidos empregaram-no de 1942 para cá, em escala inimaginável. Suas estatísticas se referem a vários milhões de pessoas recenseadas, o que lhes tem permitido tirar conclusões muito mais precisas que qualquer outro povo. A proporção de casos ignorados era imensa e aterradora. Uma estatística de Brooks por exemplo, referente a 479.000 homens da armada inglesa, acusa um achado de 1,27% de tuberculosos pulmonares. O Canadá rejeita 1,06% de seus convocados e a Austrália 0,5%. Em um grupo de 750.000 trabalhadores de guerra americanos e suas famílias, (Th. Parran) em 1,3% foram encontrados sinais evidentes de reinfecção, dos quais, 62% correspondiam às formas mínimas, 31% às moderadamente avançadas e somente 7% às muito avançadas. O impressionante desses achados é que além de descobrir doentes, o faz em períodos iniciais da moléstia. Nessa mesma ordem de idéias, temos os estudos de Zacks e Hyde, que, classificando 2.270 convocados recusados por lesões pulmonares, assinalaram as 3 formas em 67%, 23% e 10% entre os com atividade tuberculosa.

A alta percentagem de formas mínimas e moderadas, abre maiores possibilidades à terapêutica: até então predominavam os achados tardios, resultando, não raro, a morte do doente após longa e dispendiosa hospitalização, deixando em torno de si, vivas e trágicas consequências de contaminações massivas. Portanto, não só os métodos colapsoterápicos e de execução ambulatória vêm crescer as oportunidades, com a terapêutica em geral.

Ao lado da precisão desses resultados, é notável a facilidade de execução e manejo. Hilleboe, comenta o trabalho executado por 8 unidades volantes, do Departamento de Saúde, que em menos de 1 ano (1942-43) examinou quase 200.000 indivíduos, que trabalhavam em 77 indústrias de guerra, localizadas em 11 Estados diferentes. Como se vê, meios extraordinários foram postos à disposição dos Dispensários, para correta execução de suas finalidades. A profilaxia entra numa nova senda, podendo se tornar mais ativa: a evolução é tal, que se pode sem exagero, dividir a profilaxia em época anterior e posterior a Abreu. Não é sem razão que Thomaz Parran, avaliando a população doente nos E. Unidos em 1.700.000, se extasia diante da fase que atravessamos; outrora se estimava a morbididade por cálculos partidos do obituário, ao passo que hoje, em vez de avaliações, podemos encontrar e beneficiar os doentes, pois eles nos são revelados pelos R.X.

E' preciso salientar que o grande entusiasmo que vimos demonstrando pelo processo de Abreu, não significa que julgamos que só com ele se resolve o problema da tuberculose. O entusiasmo que desperta é por ter vindo completar o armamento anti-tuberculoso, atingindo e robustecendo diretamente seu elemento fundamental. Os demais órgãos de luta, merecem o lugar que sempre tiveram; o problema nosocomial por exemplo, é de capital importância, a ponto de os americanos, depois do advento de Abreu, não mais se satisfazerem com dois leitos por óbito, que consideravam como mínimo, para passar a três.

— A TUBERCULOSE NO BRASIL —

Um estudo pormenorizado da situação da tuberculose no Brasil é impossível. Os dados que possuímos são precaríssimos, dependentes que são de estatísticas e estas, quando existentes, más desde a sua colheita, dado o nosso baixo nível cultural e econômico. A copilação, reunião e entrega desses informes são em geral excessivamente lentos, como se pode ajuizar pelo recenseamento geral de 1940, que até hoje, passados cinco anos, ainda não foram dados à publicidade.

No entanto, a pesar dessas falhas, compulsando dados de mortalidade de diferentes épocas, publicações esparsas de morbididade e infecção, pode-se ter uma idéia superficial de conjunto.

Tiramos do relatório de Barros Barreto de 1943, as taxas de mortalidades média (1932-41) das capitais com seus respectivos alfes:

Vitória	386	(mais 17,0)	P. Alegre	369,0	(mais 0,9)
B. Horizonte . . .	207,8	(" 7,5)	Recife	561,4	(menos 15,3)
Belem	325,0	(" 6,6)	Niteroi	373,4	(" 10,2)
J. Pessoa	204,7	(" 4,8)	Fortaleza	308,0	(" 2,9)
Salvador	449,9	(" 4,4)	Maceió	261,0	(" 0,0)
Manaus	234,1	(" 1,9)	S. Luiz	203,0	(" 0,6)

Distrito Federal .. 309,0 (mais 1,1)

Florianópolis, Terezina, Aracajú e São Paulo, apresentam índices entre 100 e 160, porem todos em ascensão, sendo o de Terezina superior a 12. Restam os mais baixos como Cuiabá, Curitiba e Goiânia, este apenas 37 e em decréscimo.

Quanto ao interior do Brasil, os índices de mortalidade são pouco conhecidos, sendo raros os Estados que possuem informações. Alem dos relatórios de Barros Barreto, encontram-se alguns dados no 2.º Congresso Nacional de Tuberculose, realizado em São Paulo em 1941, sobretudo no magnífico relatório oficial de Cesar de Araujo. Bem ao Norte vamos encontrar algumas localidades com taxas muito altas, como Parintins, Óbidos, Rio Branco, Porto Velho e Santarém, todas superiores a 200, sendo as dos dois primeiros de 319 e 275. Mais para o Nordeste, Maranhua e Cajazeiras com 241 e 195, bem como várias outras superiores a 100. Os coeficientes de várias localidades do interior de Pernambuco e Bahia, são elevados; Palmares, Salgueiro, Barreiros e Caruarú, em Pernambuco, apresentam 266, 258, 227 e 217 óbitos por cem mil habitantes. De 31 cidades da Bahia, reunidas pela Inspetoria de Bio-Estatística, 23 apresentavam coeficientes superiores a 100, dos quais 30% se situavam em regiões do interior; localidades como Muritiba, S. Felix, S. Antônio de Jesus, Belmonte, Nazaré, Ilhéus e Bomfim, apresentaram índices médios (1939-40), de 351, 269, 220, 213, 211, 210 e 201, dos quais 5 com populações entre 5 e 9.000 habitantes apenas. Mais para o Centro, localidades situadas nas primitivas zonas de penetração do Estado do Rio e Minas Gerais, ocupando a chamada linha tronco da Central e Leopoldina, como Vassouras, Friburgo, Itaperuna, Campos, Petrópolis, Barbacena, Macaé, Barra Mansa, com taxas superiores a 300, atingindo Vassouras e Nova Friburgo 903 e 585. Mais para o sertão, baixam bem, sendo frequentes as inferiores a 80. No bloco de Estados do Sul, as cidades litoraneas de maior desenvolvimento e as antigas zonas de penetração de São Paulo, seguidas pelas estradas de ferro Central do Brasil, Paulista e Mogiana, apresentam altas, embora inferiores às citadas para o Centro; as demais apresentam baixas.

As conclusões que os índices tuberculínicos podem fornecer, são ainda precários, não só pela falta de padronização, como por não ser ainda uma prova corrente entre nós. Apesar disso, acompanhando os resultados referentes a um grupo homogêneo como o dos escolares e pré-escolares, poderemos obter informes bem interessantes. Nas capitais, os índices mais altos se localizam no Distrito Federal (A. Carvalho) 76%, S. Luiz (A. Soares) 64%, Niterói (A. Madeira) 49%, Salvador (C. Araujo) 48% e Belem (relatório B. Barreto 1942) 41%; mais baixos são os de Vitória (J. Santos Neves) 38,1%, Cuiabá (H. Ponce e V. A. Corrêa Neto) 35% e São Paulo 28,4%. Fora das capitais, vamos encontrar crianças até 14 anos de algumas cidades, do interior de Pernambuco, com índice médio (M. Archanjo) de 40%. Na Bahia os inquéritos mostram distribuição irregular, sem relação com a densidade de população, ambiente rural ou suburbano, importando, porém, o maior intercâmbio com as grandes cidades. De 1981 escolares de 22 localidades diferentes (C. Araujo) 55% são alérgicos, alcançando Ilhéus e S. Amaro as altas cifras de 66% e 68%. No Estado de Espírito Santo (J. Santos Neves) índices baixos como o de Cariacica (8,77%), V. Velha (17%), Alegre (21,5%) e Colatina (23%), ao lado de (41,8%) em Cachoeira de Itapemirim. Em Minas Gerais, Juiz de Fora (C. Vieira Marques) e Mina da Passagem (A. Chagas Diniz) nos dão 66% e 36%, quando Mariana (A. Chagas Diniz) acusa apenas 12%. Em São Paulo, graças a um inquérito muito bem organizado por U. Pascale, temos dados muito interessantes. Santos (56%), porto de grande movimento, e Jacaré (44%), na zona velha da Central mostram maior contaminação; nas zonas mais novas, como a Araraquarense, a infecção é baixa, com índices apenas entre 4 e 7%, entre mais de 8.000 escolares de 9 cidades diferentes.

Os resultados fornecidos pelo recenseamento torácico se apresentam falhos como os demais meios epidemiológicos. Técnica, interpretação, grupos representativos, demora na apresentação dos resultados, etc., não permitem maior contribuição para o panorama da tuberculose no Brasil. Tentando fazer estudo comparativo entre grupos que mais se aproximam, constata-se incidências maiores no Distrito Federal e Salvador que em São Paulo, sem se poder precisar as respectivas incidências e encontrar índices médios locais representativos. Manoel de Abreu reunia para o V Congresso Panamericano de Tuberculose, os resultados heterogêneos de vários Estados, encontrando como representativos para 2/3 da população do Brasil, o índice de 1,6% de tuberculosos, da forma que se segue:

Distrito Federal	93.961 exames	1.660 Tbc. evol. ou 1,7%
São Paulo	20.582 exames	207 Tbc. evol. ou 1,0%
Bahia	4.915 exames	168 Tbc. evol. ou 3,4%
Vitória	2.330 exames	43 Tbc. evol. ou 1,8%

Tentamos uma revisão dos trabalhos sobre morbidade publicados no Brasil, porém chegamos a resultados negativos, sem encontrar índices seguros para poder representar os vários grupos brasileiros. Aproveitamos de Barros Barreto, um apanhado médio por capitais, mesmo sem a especificação das épocas e dos grupos recenseados. Relacionando esses índices com as populações de 1940, obtivemos 2,6 como índice médio:

Capitais	População	Índices	N.e tbc.
Distrito Federal	1.781.567	2,0	35.631
Maceió	91.358	2,3	2.101
Manaus	109.302	8,1	8.853
Salvador	294.253	4,7	13.830
Fortaleza	182.241	6,4	11.663
Vitória	40.057	5,3	2.123
S. Luiz	86.546	0,4	346
Cuiabá	54.770	6,2	3.396
Belem	208.706	4,3	8.974
João Pessoa	95.386	5,9	6.628
Curitiba	142.873	1,8	2.572
Recife	352.727	2,5	8.818
Niterói	143.394	2,5	3.585
Natal	55.242	14,1	7.789
Porto Alegre	275.678	1,1	3.032
Florianópolis	47.149	3,7	1.745
São Paulo	1.318.539	1,1	14.504
Aracajú	59.460	8,4	4.995
	5.339.248	2,6	139.585
Goiânia	48.884	—	—
Belo Horizonte	211.650	—	—
Terezina	68.520	—	—
Total	5.668.302	2,6	147.275

A que conclusões chegaremos com as informações colhidas pelas diferentes pesquisas epidemiológicas? Infere-se que no Brasil os conhecimentos relativos à sua incidência e intensidade restringem-se às capitais e a algumas cidades do interior, sendo este quase todo desconhecido. Os informes existentes, acusam predominância da fase epidêmica ascensional com maior incidência nas capitais e cidades litorâneas, sobretudo do Distrito Federal para o norte. O mesmo aspecto para as do interior situadas nas antigas zonas de penetração do interior-Norte, como que seguindo o trajeto das cidades de antiga opulência e das que mantêm

maior intercâmbio com grandes centros. Naquelas a influência do sangue negro se faz sentir quer por suas condições sociais, quer pela época em que se processou sua imigração, projetando suas consequências até nossos dias. As zonas mais novas e progressistas do interior Sul, em que predominou o sangue europeu, se apresentam com baixa disseminação e ainda em fase inicial.

Essa distribuição por zonas de maior ou menor infecção, se superpõe em linhas gerais às apresentadas na formação de nossa nacionalidade, com predominância da tuberculose nas zonas mais antigas e onde prevaleceu a imigração africana. A formação demográfica, cultural e financeira brasileira, vem se processando heterogeneamente pelo nosso Brasil; não é pois sem razão que tem sido dividida em ciclos, como o da cana, das minas, do café e talvez agora, o da industrialização. Os dois primeiros se processaram até meados do século passado, beneficiando sobretudo zonas litorâneas e parte do interior, do Rio de Janeiro para o Norte. A penúltima atingindo sobretudo as desse mesmo Estado para o Sul. Para os primeiros, em época cultural e economicamente baixa, solicitou-se a ajuda do braço alienígena vindo da África; para o terceiro, correspondendo a período de maior cultura, prosperidade e intercâmbio, o braço alienígena foi trazido de povos europeus. Embora esquemática, essa divisão explica as extensas diferenças entre os grupos geofísicos brasileiros; um só exemplo, qual o de crescimento das populações entre 1890 a 1940, mostra o grande surto do sul nos últimos 50 anos.

Espírito Santo	462,8%	Pará	192,5%
São Paulo	427,5%	Maranhão	189,3%
Paraná	406,5%	Pernambuco	162,5%
Mato Grosso	371,4%	Ceará	161,3%
S. Catarina	321,9%	M. Gerais	115,4%
R. Grande do Sul	278,0%	Bahia	106,4%

E' de esperar que o novo ciclo que se aproxima, torne a distribuição mais homogênea e benéfica para nossa nacionalidade.

Se grosseiramente podemos apresentar certas predominâncias, isso não significa que possamos traçar limites rígidos de grandes zonas. Discordamos de Barros Barreto, quando estudando os coeficientes de mortalidade de 83 cidades encontra as melhores condições para o Centro, dando como zona de interior de maior contaminação a do bloco Sul.

Z O N A S	LITORAL	INTERIOR
NORTE (Amazonas até Sergipe)	216,0	53,0
CENTRO (Bahia, E. Santo, R. de Janeiro, Minas)	100,0	37,5
SUL (S. Paulo, Paraná, S. Catarina, R. G. do Sul)	150,0	80,0

Os índices dos seus próprios relatórios contestam essa divisão que não representa a realidade; a culpa cabe à reunião de grupos heterogêneos e não comparáveis, justapondo grande número de cidades, de baixo coeficiente, a algumas com altos índices.

Tentando uma estimativa geral da população tuberculosa no Brasil, tomamos como base para as capitais o índice de morbidade de 2,6, deduzindo dele, arbitrariamente, 1% para a população restante; considerando a relação mortalidade-morbidade de 1/10, calculamos para 1945 o seguinte:

Capital	6.500.000 hab.	2,6%	169.000 tbc.	16.900 óbitos
Restante	36.500.000 hab.	1,6%	584.000 tbc.	58.400 óbitos
	43.000.000 hab.		753.000 tbc.	75.300 óbitos

É interessante registrar, que a estimativa da mortalidade do conjunto de capitais se aproxima dos resultados estatísticos.

APARELHAMENTO ANTI-TUBERCULOSO NO BRASIL

Se os dados que temos sobre a tuberculose são tão falhos, que dizer de nosso aparelhamento de luta? Aqueles, nada mais são que reflexos deste. Não se acuse a precariedade de nossas condições financeiras; o que nos tem faltado é espírito de colaboração, diretrizes seguras e continuidade de ação. Como ligeiro exemplo, basta o das 130 unidades roentgenfotográficas calculadas já em 1942 por Manoel de Abreu, e o cálculo final de sua produção, que a nosso ver não atinge desde seu início a 500.000, das quais apenas umas 250.000 publicadas. Compare-se com as 8 unidades do Departamento de Saúde dos E. Unidos, que em menos de 1 ano examinaram quase 200.000 pessoas. Sobre esse exemplo se superpõem tantos outros, que temos que nos convencer de que a concepção e decisão de lutar contra a tuberculose, não penetrou ainda profundamente na consciência de nosso povo; sobretudo a de lutar firme, decidida e eficientemente para exterminá-la, ou, pelo menos, reduzir-lhe os efeitos, com nossos próprios meios.

O número de leitos para tuberculosos, conforme relatório federal de 1943, é de 7.502; em construção existem 4.103, perfazendo um total de 11.605. O D. Federal, São Paulo e Espírito Santo são os melhor aquinhoados; e mesmo assim, a relação óbito-leito apresentada é apenas de 0,35. Levando em conta a estimativa feita, e se dermos um leito por óbito, só as capitais precisariam de 17.000 e o Brasil todo, de 75.000; nossa capacidade atual atinge portanto 10% das necessidades. E anote-se que 32% desses leitos se agrupam em um só Estado, que é o de São Paulo.

A situação dos dispensários é também precária, existindo cerca de 70 no Brasil, dos quais 28 no Distrito Federal, o que vem dar um Dispensário para quase 1.000.000 de habitantes no resto do país.

Essa nossa aparelhagem, além de deficiente apresenta-se dispersa e sem qualquer unidade. O panorama é contristador e até mesmo atemorizador. E não poderia ser outro, nem diferente dos demais problemas que, como este, carecem muito de cultura e cooperação. Precisamos reagir e encará-lo de frente e dentro de normas técnico-científicas, bem estudadas e à altura de nossas condições geo-econômicas. Precisamos atacar vários pontos concomitantemente; embora interdependentes, o retardamento de uns, não deverá servir de impecilho a outros.

A época de após guerra em que estamos ingressando é a mais oportuna para uma conjugação de esforços, e o ponto de partida desse desiderato não poderia ser melhor escolhido que este primeiro Congresso Médico Social de após Guerra, que está tendo por berço esta grande terra, berço também de nossa civilização.

Muito do nosso atraso depende da falta de um largo corpo de médicos especializados. Seu número não atinge a casa dos 500 e há apenas 156 ligados às organizações oficiais. E' essa uma das razões por que a-pesar-de congressos nacionais contra a Tuberculose e funcionamento regular de algumas sociedades especializadas, as exigências mínimas de prevenção contra a moléstia, não são do conhecimento dos mais diretamente responsáveis pela saúde e bem estar coletivos. A verdade é que o assunto lhes é estranho, sendo vagos e errôneos os seus conhecimentos, lilian-do-o unicamente à solução do problema social geral, excluindo por completo o carater de moléstia infecto-contagiosa. Por seu reduzido número, os tisiólogos não conseguiram que suas vozes em côro, se elevassem fortes e convincentes.

ORGANIZAÇÃO DA LUTA ANTI-TUBERCULOSA

1) Técnicos

E' imprescindível formar tisiólogos, não apenas clínicos, mas forrados de profundo espírito de saúde pública. De momento e até haver escolas de higiene, essa preparação não só é possível nos cursos de saúde pública do Distrito Federal e de São Paulo como nos Departamentos de Saúde e organizações particulares de luta contra a tuberculose, de vez que se submetam a currículo bem estudado, prático e uniforme. Pouco valeriam tais cursos,

se não houvesse campo organizado para a atuação dos seus diplomados. Em país novo e de classe médica reduzida como o nosso, só haveria procura pela especialidade si se abrissem oportunidades para o seu exercício. Assistimos, presentemente, em São Paulo, onde o Governo se organiza para a luta, a uma verdadeira corrida aos cargos; a maioria dos candidatos porém, ignora a tisiologia. Resulta disso que, em breve tomará corpo o aparelho destinado àquele nobre e vasto empreendimento, mas ele será tècnicamente incompetente para executar programa de tamanha responsabilidade.

A formação permanente de tisiólogos e tècnicos precisa, forçosamente, ocupar lugar de relevo na execução de qualquer programa de luta.

2) Sanatórios

Atendido esse ponto, o que é relativamente facil, e diante do número assustador e crescente de doentes no Brasil, o que se poderá fazer? Seguiremos a rota de até agora, que é de ignorá-los, sabendo de sua existência só por cálculos? E tudo por não possuidmos hospitalização? A seguir essa mesma politica, iremos deixar para nossos filhos o triste espetáculo que assistimos, da tuberculose marchar espontaneamente, em ascensão ou não, porem a seu bel-prazer, na ceifa de vidas dos filhos de nossa terra. Em torno do problema sanatorial, tem girado a luta anti-tuberculosa; a impressão geral é a de que sem leitos nada se poderá fazer e como eles são dificeis de aparecer, permanece-se numa verdadeira estagnação, com progressos lentos e em surtos esparsos e de âmbito restrito. Uma campanha de leitos, entusiasmo, desperta interêsse; ao fim de pouco tempo, porém, pelo ritmo lento da construção, sobrevem a letargia, com a supressão de todo estímulo à luta. Barros Barreto, em seu relatório de 1942, salienta que o problema da tuberculose “não conseguiu ainda despertar todo o grande interesse, a que faz jus pela sua extensão e magnitude. De fato, afora as iniciativas do Governo Federal, que, na realidade, se têm feito sentir quase exclusivamente em um só setor, pouco mais se tem conseguido. Os Estados, na sua quase totalidade, esperam pela finalização das grandes obras federais, esquecidos de que o problema comporta e exige muitas outras providências, inteiramente de sua alçada; e a própria iniciativa privada tão solicitada e de que tanto se esperava, não progrediu, pela falta de um órgão coordenador, que arregimentasse esforços e atividades, congregando, etc.” Esse verdadeiro tabú pelo sanatório nos parece ser a causa do mal, condicionando-se sempre a luta, à existência de um número mínimo de leitos.

Um país como o Brasil, em fase de epidemia tuberculosa, de forma alguma deve condicionar a luta a um número ideal de leitos e considerar que campanha significa leitos e muitas outras coisas mais. Precisamos construir hospitais, pois estamos aquém das necessidades, porém sem nos prendermos a limites de números, mas sim dentro de nossas reais possibilidades. Como as construções dependem de um programa lento e perseverante, não raro em etapas de quinquênios, sua execução dependerá mais dos orçamentos, capacidade construtiva, manutenção e pessoal técnico do que da exigência de leitos.

Como enfrentar este grande e pesado problema hospitalar? Deixando-o que caminha em surtos desordenados e frágeis, mercê dos auxílios oficiais ou beneficentes como até agora? Esse encargo só será exequível, com a participação ativa de todas as classes sociais.

As já organizadas, como as Caixas e Institutos, trarão vantagens não só para si e para o beneficiário, como para a coletividade. Além do Dispensário ativo de que trataremos em pouco, no que se relaciona com hospitalização, alguns pontos precisam ser levados em conta por elas: 1.º — Internação fácil e rápida, precedendo mesmo a burocracia forçada dos papéis, permitindo a terapêutica imediata após o diagnóstico e o afastamento precoce de seu ambiente de trabalho e família. 2.º — Ordenado integral, para que o enfermo e os que dele dependem possam manter seu padrão de vida. 3.º — Supressão do prazo de carência, de vez que o beneficiado para ser aceito passe por exames radiológicos do pulmão. 4.º — Ajuda no custêio sanatorial, incentivando a segregação do enfermo, suprimindo o contágio com melhora e apressamento da cura. Lembramos como mera sugestão, para este último, que esse auxílio pode ser feito sob a forma de empréstimo, a ser amortizado posteriormente no caso de cura do beneficiado. Nesse amplo problema do seguro, não será a opinião médica que deve prevalecer, mas sim a de um conjunto de interessados e conhecedores de seus diferentes setores. As razões médicas pertencem a nós médicos; consideramos assim os quatro pontos assinalados; os meios e modos de execução, sim, ficarão a cargo de outros que trabalharão para torná-las efetivas. Os Institutos e Caixas do Brasil estudam no momento reformas e ampliações a mais alguns milhões de segurados; o capítulo da profilaxia deve merecer mais acurada atenção, o que reverterá em grandes compensações sociais e financeiras. O Instituto dos Comerciantes, em 1940, acusa a tuberculose no Brasil, como causadora de 51% de suas aposentadorias, havendo lugares em que as taxas ascendem a 58% e até 62%. Estão filiados às Caixas e

Institutos, 2.500.000 beneficiários; considerando 2,7% (média entre bancários do Distrito Federal e São Paulo) como tuberculosos ativos, iremos encontrar 67.500 tuberculosos, dos quais 9.600 necessitando de hospitalização. Essa seria, pois, a estimativa, para uma participação eficiente desses organismos no serviço de assistência nosocomial, até o futuro aumento dos segurados.

Com um programa de assistência a seus filiados, ligado à descoberta precoce de focos, a queda da tuberculose será uma realidade, e uma realidade palpável em curto prazo; um plano quinquenal, reduzirá as aposentadorias por tuberculose a percentagens irrisórias em comparação com as de hoje.

A participação do Estado terá que ser inicialmente grande, e dirigida sobretudo aos indigentes e pobres. Os esforços conjugados do Município e do Estado, o que é indicado para melhor se atender às variantes locais, aliados à contribuição federal, necessariamente darão grande quota de leitos.

Não deveremos depender só das organizações públicas para execução dessas obras; a colaboração particular é indispensável e, si estimulada, levantará enormes capitais e será capaz de completar o número de leitos de que o Brasil carece. São Paulo, por exemplo, possui mais leitos que qualquer outro Estado e a grande maioria deles é obra de instituições particulares. Sendo tão grande a ação que estas sociedades poderão exercer, é preciso que elas se integrem na luta, dela participando também com os seus estudos, opiniões, etc., o que será exequível com a organização de Conselhos ou soluções outras nesse sentido. Quanto ao auxílio financeiro do Governo a essas instituições, o que é sem dúvida um dos grandes incentivos, tem Gomes de Matos interessante projeto, feito de modo a permitir aos governos subvenções por determinado prazo, findo o qual se inicia, então, a retribuição das quantias invertidas.

Para completar a rede de sanatórios ficariam faltando os de luxo, o que seria fácil de se conseguir mediante isenção de impostos, taxas, etc., atraindo capitais com fitos comerciais. No caso da tuberculose é preciso que também os ricos tenham internamento, para que a segregação se torne entre nós, cada vez mais, um hábito. O tuberculoso internado traz grande ajuda à profilaxia, desaparecendo o perigo da propagação. Dempsey, em 1944, salienta, entre as causas da redução progressiva dessa moléstia nos Estados Unidos, a do reconhecimento do valor do tratamento sanatorial por parte dos doentes e seus familiares.

Acreditamos que o pesado fardo nosocomial, distribuído por várias entidades interessadas, será bem suportável. E' preciso

saber suportá-lo para, daqui a anos, não sermos obrigados a constatar o mesmo que Barros Barreto, que em 1943 verificou que o programa de leitos projetado pelo obituário de 1931-35, já era insuficiente.

3) Dispensários

Para vencermos isso, temos que fugir da idéia fixa de sanatórios como base e desviar a atenção no sentido da luta, para um órgão mais barato e mais acessível às nossas condições financeiras, isto é, o dispensário ativo com roentgenfotografia. Essa grande arma tem que ser melhor manejada para ser proveitosa. Aparelhos para roentgenfotografia existem; faltam-nos, todavia, equipes para grandes rendimentos. Precisamos que essas equipes façam recenseamentos, porem sua função deverá ser mais ampla, descobrindo o maior número possível dos doentes existentes; até o batismo do "recenseamento torácico" empregado habitualmente, limita seu campo de ação, como se fora só um inquérito, tal como o tuberculínico. Na maioria das publicações brasileiras sobressai esse espírito. De que tem valido a roentgenfotografia em nossos dispensários passivos? Inquéritos e radiografias mais baratas. A prova está, na percentagem reduzida de casos iniciais. Para o 2.^o Congresso Nacional de Tuberculose, em São Paulo (1941), um dos temas oficiais versou sobre o pneumotorax artificial ambulatorio no Brasil; a maioria dos trabalhos e conclusões, demonstraram a ineficiência do método devido à gravidade dos casos de dispensários. E' seguro que, devido à orientação que vem sendo dada não atingimos ainda a massa da população brasileira. Abreu, reunindo em 1942, os casos conhecidos, não conseguiu atingir 200.000 exames; calculava porem que no Brasil já se havia feito desde o início 1.000.000, embora não catalogados. Acreditamos não ter atingido até hoje a metade disso. A produção-média por unidade roentgenfotográfica, pode ser avaliada em 500 por dia, ou 150.000 por ano. Em 1942, existiam 130 unidades no Brasil; no entanto, com apenas 50, seria possível examinar anualmente, todas as nossas capitais.

A roentgenfotografia precisa, pois, tomar outra diretriz e incremento entre nós; é necessário entrar a fundo na massa de nossas populações e descobrir ativamente o doente, para que se lhe possa dar o mais precocemente possível o tratamento correspondente. Se estamos desarmados no setor hospitalização, teremos que dar tratamento ambulatorio em larga escala e este, para ser eficiente, depende de diagnóstico precoce. Já assinalamos as altas

percentagens de formas mínimas encontradas pela roentgenfotografia em massa e essas respondem muito bem ao tratamento. A precocidade de ambos, diagnóstico e tratamento, será a arma com que o Brasil terá de vencer sua deficiência nosocomial. É de transcendental importância para o Brasil, dispensários de intensa atividade com recenseamentos periódicos de grandes massas humanas. Dispensário que ensine e eduque ativamente e que ao mesmo tempo que descobre o foco tuberculoso dá ao doente, conforme suas condições: ou 1.^o) tratamento ambulatorio profilático pela colapsoterapia, ou 2.^o) segregação pelo encaminhamento nosocomial, ou 3.^o) na pior hipótese, tratamento domiciliar com segura vigilância sanitária; e aos contatos, assistência e exames roentgenfotográficos periódicos, para descoberta precoce de novos casos. Dessa forma se evita a propagação constante e inexorável do mal, entre nós, pois o tuberculoso cria em torno de si outros tuberculosos e esses outros mais, numa trágica e infundável renovação, ante nossos olhos expectantes. Essa verdadeira “bola de neve” só deixará de rolar antepondo-se-lhe um obstáculo irremovível — o dispensário de intensa atividade. Com esse tipo de dispensário, o problema da tuberculose deixará de ser esse saco sem fundo que conhecemos.

Para objetivar, vamos buscar um exemplo dos americanos (tirado de Hilleboe, Yerushalmy e Palmer); ele nos enche de orgulho pelo triunfo do homem quando ele sabe se organizar eficientemente e nos estimula a levar avante nossa cruzada. Em 1920, a taxa de mortalidade nos Estados Unidos era de 113, e em 1940, só de 45,9; se a taxa de 1920 permanecesse em 1940, o número de óbitos teria sido de 156.520, quando na realidade foi de 60.428, salvando-se dessa forma quasi 100.000 pessoas. E isso em 20 anos! A previsão de leitos é, pois, tarefa fácil para eles, pois apesar do crescimento vertiginoso de sua população o número de mortos por tuberculose, que foi de 97.366 em 1920, se reduziu a 60.428, em 1940. E nós? A comparação nos mesmos períodos é dolorosa, pois a maioria dos Estados está em fase ascensional. A capital de S. Paulo, que é das mais poupadas, por exemplo, apresentava, em 1920, taxa ligeiramente inferior à americana, 111, subindo depois para 131. O número de mortos subiu de 658 para 1.749, ou quasi três vezes mais; pela taxa americana teriam sido 609 e então o problema de leitos teria deixado de ser “problema”. Esses resultados são empolgantes e falam por si só. Independente do número de vidas em jogo, o lado grosseiro de lucro do capital invertido na luta é patente. E’ difícil obter-se argumento mais convincente.

— A TUBERCULOSE NAS CIDADES E NOS CAMPOS —

Como a tuberculose é moléstia que resulta sobretudo dos grandes contatos humanos, quanto mais intensos forem estes, maiores as facilidades para sua difusão; deduz-se daí a diferença entre as cidades e os campos, onde os intercâmbios rareiam. Os elevados índices nestes, se prendem em geral, às relações mais intensas com as cidades infetadas. Dos 1.574 municípios brasileiros, em 1940, 80% possuíam de 1 a 5 habitantes por quilômetro quadrado; em cerca de 70%, as populações não alcançavam mais que 25.000 habitantes. Só 23 municípios ou 1,4% apresentavam populações superiores a 100.000 habitantes. Esses dados objetivam a exigência de frequentes transportes para execução de um programa de luta, e o tipo de roentgenfotografia volante terá que ser predominante para eficácia da tarefa.

A intensidade da luta deve ser dirigida, portanto, para os centros de maior densidade demográfica e de altas taxas de infecção; a segregação que se processará só nesses centros, repercutirá imediatamente sobre os campos. É nas cidades, que se deve ter o controle dos que partem para as zonas rurais, tais como correntes migratórias; doentes que voltam aos lares, ou em observação nos dispensários. A fiscalização do doente da cidade, evitará facilmente essa forma de difusão. Nessas grandes ondas de penetração avulta o das correntes migratórias; não só pelo número, como pela repetição de levadas, merece organização especial para atender quer as externas como as internas (durante esta guerra tivemos a do Amazonas e a do Brasil Central). É imprescindível reter nas malhas da seleção roentgenfotográfica, todos os doentes, recusando-se os provindos do estrangeiro. Para os campos, necessitamos de braços e não de tuberculosos. Frizemos, pois, a importância vital que representa este fato, no momento em que é ele o objeto de estudos oficiais definitivos e quando nas zonas novas do Brasil a tuberculose apenas se inicia.

Muita vez, os campos se infetam pela fama que adquirem de bons climas para tratamento da tuberculose, atraindo grandes levadas de doentes com sacrifício tremendo de sua primitiva população. É interessante haver cidades para tuberculosos, como na Inglaterra, mormente na fase de epidemia, em que vivemos, mas não em promiscuidade e sem higiene. É mister que se façam leis sanitárias para elas, e que sejam transformadas em verdadeiras estâncias climatéricas e sanitárias.

Em S. Paulo, temos Campos do Jordão, a nossa estância climática mais bem organizada; no entanto, 56% dos escolares, em 1934, se apresentavam alérgicos, passando para 70%, em 1941.

RESUMO

Os Institutos, Caixas, Cooperativas, funcionários militares, federais ou estaduais, estudantes, enfim grupos organizados e suas famílias, precisam ser orientados para uma campanha coletiva de profilaxia, não só em benefício da Nação, como no seu próprio. Esse serviço dispensarial ativo é financeiramente exequível em nosso meio, desde que se deixe de lado luxo e pormenores diagnósticos nas suas instalações; para a maioria deve ser estudado um tipo padrão de preço reduzido, tal como se fez para os "Sanatorinhos", em São Paulo, para o problema sanatorial. Será ele o maior elemento para a luta anti-tuberculosa e não o expectante e passivo programa de construção de leitos.

Com dispensários se interessará uma grande população médica, formando especialistas e aumentando o seu raio de ação médica e social. Com dispensários se saberá que vivemos lado a lado com tuberculosos e que eles representam risco para a saúde coletiva. Com dispensários mais rapidamente se terá os leitos de que se necessita, não só porque a magnitude do problema se mostrará às escâncaras, como pela progressiva redução de doentes. Com dispensários se conseguirá a consciência sanitária, de que tanto carece a profilaxia. Com dispensários se compreenderá que a tuberculose é uma moléstia social, bem como uma série de conhecimentos de que livros científicos e cartazes de propaganda estão cheios, mas que por enquanto não penetraram na consciência coletiva.

A quantidade de doentes ignorados que irá aparecer com uma campanha levada a bom termo, é enorme. Que fazer deles? Como emergência sugerimos um esquema geral, que teria de ser muito subdividido e pormenorizadamente estudado para sua aplicação:

1.º — Educação sanitária a todos. 2.º — Tratamento ambulatorio precoce. 3.º — Internamento progressivo e dentro de nossas possibilidades. 4.º — Internamento de beneficiários em sanatórios custeados pelos institutos em geral. 5.º — Internação em abrigos de emergência, anexos às Santas Casas. 6.º — Terapêutica e orientação profilática a domicílio, dos incuráveis sem possibilidade de internação. 7.º — Instalação progressiva de leitos pelas diferentes entidades.

Para se levar a bom termo tão grande desiderato, é necessário que a luta anti-tuberculosa se organize em campanha. Torne-se claro uma vez mais, que essa campanha será segura, se for bem planejada e executada. Não será de maneira alguma, uma aventura ou uma experiência. Sendo uma doença social, porem com carater de moléstia infeto-contagiosa evitavel, o direito à saude do ser humano, exige que ela seja exterminada. É assunto inadiavel e de projeção mundial; um mundo só de Wendel Wilkie, está a exigir este saneamento, para o bom êxito de nossas futuras relações com os demais países cultos. O âmbito da profilaxia da tuberculose terá de ultrapassar o limite nacional para ser universal. A exigência da campanha está a indicar a necessidade da conjugação intensa de esforços, sem qualquer dispersão financeira ou técnica. A Campanha atingirá todas as camadas sociais, envolvendo-as na luta. É preciso portanto uma orientação geral, com descentralização de sua execução. Aliás, outras não são as finalidades do Serviço Nacional de Tuberculose, talhadas para executar tão patriótico e alevantado programa.

Em traços gerais procuramos salientar o que consideramos básico para o Brasil; não nos detivemos em subdivisões e pormenores; sua ausência aquí, não significa que os consideramos prescindíveis. Tendo como pedra de toque o dispensário altamente ativo, saibamos congregar esforços, colaborar e formar um núcleo, onde toda a população em curto espaço se congregue em luta definitiva e extirpe do Brasil nossa maior ceifadora de vidas — a tuberculose.

CONCLUSÕES

1.º) — A tuberculose nas capitais do Brasil e zonas rurais de antiga penetração se apresenta em fase epidêmica ascensional.

2.º) — A tuberculose nas zonas do interior do Brasil de mais recente penetração, estão apenas iniciando sua tuberculização.

3.º) — A luta anti-tuberculosa no Brasil está ainda desorganizada, esparsa e ineficiente. Toda ela gira em torno dos Sanatórios e como estes primam pela ausência, nada se faz profilaticamente.

4.º) — É imprescindível transferir do Sanatório para o Dispensário, o sentido da luta, desenvolvendo-se vasta rede dispensarial.

5.º) — A eficiência dos dispensários, está na razão direta do diagnóstico em massa e tratamento colapsoterápico precoces; a roentgenfotografia de Abreu, precisa ser erigida em 1.ª plana para o combate à tuberculose.

6.º) — A roentgenfotografia no Brasil, precisa seguir novos rumos, ampliando a preocupação de recenseamento de grupos representativos, para a da penetração a fundo na população e descobrir precocemente a tuberculose.

7.º) — A equipe movel roentgenfotográfica é a que mais se presta para as condições do Brasil, não só para os grupos homogêneos urbanos como pela rarefação de nossa população rural.

8.º) — O programa para leitos no Brasil, não deve depender unicamente do Estado, precisando ser executado com a colaboração de toda a coletividade.

9.º) — As coletividades organizadas, precisam se orientar para a luta contra a tuberculose, provendo-se de leitos para seus beneficiários e estendendo o Dispensário a eles e suas famílias.

10.º) — É imprescindível a segregação no tratamento precoce da tuberculose, devendo nessas organizações ser conservados os ordenados integrais para aposentadoria, facilitada e custeada a hospitalização, com reembolso por parte dos curados, suprimido os prazos de carência e ser dada assistência antes mesmo de completado o processo de aposentadoria.

11.º) — Para eficiência da luta anti-tuberculosa é necessário o preparo de tisiólogos, com espírito clínico sanitário.

B I B L I O G R A F I A

- (1) — ABREU, M. DE — Exame Sistemático pela Roentgenphotografia. I.o Congresso Nacional de Tuberculose. Rio-São Paulo, 1939. Vol. I, 59-128.
- (2) — ABREU, M. DE — O Cadastro Torácico na luta contra a tuberculose. Rev. Brasileira de Tuberculose, 1942, An. XI, 365-388.
- (3) — ABREU, M. DE — Consideração sobre o exame sistemático e periódico pela Roentgenfotographia. Idem. Vol. III, 191-196.
- (4) — ABREU, M. DE — A Roentgen-Fotografia no estudo do índice de Morbidade Tuberculosa no Brasil. V.o Congresso Panamericano de Tuberculose. Buenos Aires-Córdoba, 1940. T. II, 613-618.
- (5) — Anuário Estatístico do Brasil — 1937, An. III.
- (6) — ARAUJO C. DE — Incidência da Tuberculose no Preto da Bahia. I Congresso Nacional de Tuberculose. Rio-São Paulo, 1939. Vol. 277-306.
- (7) — Araujo, Cesar de — A Tuberculose Rural e nos pequenos Centros Urbanos. I.o Congresso Nacional de Tuberculose. São Paulo, 1941, Vol. II, 305-403.
- (8) — ARCHANJO, M. — A Tuberculose Rural e nos pequenos Centros Urbanos. II.o Congresso Nacional de Tuberculose. São Paulo, 1941. Vol. II, 407-413.
- (9) — ARRUDA SOARES, A. DE — Incidência da Infecção Tuberculosa em estudantes do Colégio de Santa Tereza de São Luiz (Maranhão), Revista Brasileira de Tuberculose, 1942. An. XI, 341-344.
- (10) — BARROS BARRETO, J. DE — Bases para Organização da Luta Anti-Tuberculosa em face do atual momento Epidemiológico do Brasil. I Congresso Nacional de Tuberculose. Rio-São Paulo, 1939. Vol. I, 673-744.
- (11) — BARROS BARRETO, J. DE — As realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saude. Arquivos de Higiene, An. XII, 1942, 7-300.
- (12) — BARROS BARRETO, J. DE — Atividades de um ano do Departamento Nacional de Saude. Arquivos de Higiene, An. XIII, 1943, 7-444.

- (13) — BATISTA, D. — Tuberculose no Amazonas. Revista Brasileira de Tuberculose, 1944. An. XIII, 203-222.
- (14) — BELCHIOR, M. B. — Manifestações de Tuberculose Pulmonar em 14.457 Exames de candidatos ao funcionalismo público. II.º Congresso Nacional de Tuberculose. São Paulo, 1941. Vol. II, 211-214.
- (15) — BOGEN, E. — Mass And Mortality. The American Review of Tuberculosis. 1942. Vol. XLV, 237.
- (16) — BURNS AMBERSON, J. — Métodos para descobrir casos em el Diagnóstico de la Tuberculosis. Oficina Sanitária, 1937. Tomo XVI, 24.
- (17) — BUNTA, E. — The Tuberculosis Rejctee. The American Review of Tuberculosis, 1942. Vol. XLV, 147-149.
- (18) — CABELLO CAMPOS, J. M. — O Serviço de Roentgenfotografia do Instituto Clemente Ferreira. Revista Paulista de Tisiologia, 1943. An. IX, 150-165.
- (19) — CARVALHO, A. DE — Contribuição ao conhecimento do índice Tuberculínico na Infância no Rio de Janeiro. I.º Congresso Nacional de Tuberculose. Rio-São Paulo, 1939. Vol. I, 193-200.
- (20) — CARVALHO, A. DE E. MONTEIRO VALENTE, C. — Estudos sobre Cadastro Tuberculínico-Roentgenológico na Cidade do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Tuberculose. 1943, An. XII, 105-112.
- (21) — CARVALHO, A. DE E. MONTEIRO VALENTE C. — Estudos sobre Cadastro Tuberculínico-Roentgenológico da Cidade do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Tuberculose, 1944, An. XIII, 131-154.
- (22) — CARVALHO, A. DE — Sobre o índice Tuberculínico na Infância e Adolescência da Cidade do Rio de Janeiro. V.º Congresso Pan Americano de Tuberculose. Buenos Aires-Córdoba, 1940. T. II, 613-618.
- (23) — CARVALHO TEIXEIRA, J. — Incidência da Tuberculose nas Caixas e Institutos de Pensões e Aposentadorias. I.º Congresso Nacional de Tuberculose. Rio-São Paulo, 1939. Vol. I, 757-766.
- (24) — CASTELO BRANCO, J. M. — Índices Tuberculínicos encontrados em um Asilo de Orfãs e de Desvalidas da Cidade do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Tuberculose, 1942. An. XI, 207-210.
- (25) — CHAGA DINIZ, A. — Comentários em torno de 2.000 casos de Tuberculino — Reações de Von Pirquet. II Congresso Nacional de Tuberculose. São Paulo, 1941. Vol. II, 462-466.
- (26) — CLARK, K. C. E OUTROS — Mass-Miniature Radiography of Civilians. London, 1945.
- (27) — COUNCELL, C. E. — War And Infectious Disease. Public Health Report, 1941, Vol. LVI, 547-573.

- (28) — D'ARCY HART, P. M. — O Aspeto Médico e Social das Doenças Pulmonares. (Bol. Med. Britânico, Vol. 2, N. 2, 1944). Resumo na Revista Brasileira de Tuberculose, 1944. An. XIII.
- (29) — DEMPSEY, M. — Statistical Data. The American Review of Tuberculosis, 1943. Vol. XLVIII, 58-63.
- (30) — DEMPSEY, M. — Statistical Data. The American Review of Tuberculosis, 1944. Vol. L, 556-568.
- (31) — DUBLIN, L. J. — The Problem of The Tuberculosis Veteran. The American Review of Tuberculosis, 1942, Vol. XLV, 375-379.
- (32) — DUNCAN, R. E. — Pulmonary Tuberculosis. Its Exclusion From The Navy. The American Review of Tuberculosis, 1942. Vol XLV, 651-657.
- (33) — EDWARDS, H. R. — Tuberculosis Case Finding. The American Review of Tuberculosis, 1940, Vol. XLI, 3-7.
- (34) — EDWARDS, H. R. E EHOLICH, D. — Examinations for Tuberculosis. The Journal of the American Medical Association, 1941, Vol. 117, 40-45.
- (35) — FERGUSON, R. G. — Recent Advances in the Campaign Against Tuberculosis. The American Review of Tuberculosis, 1944. Vol. L, 131-135.
- (36) — FERNANDES, R. — A Guerra e a Tuberculose. Revista Brasileira de Tuberculose, 1942, An. XI, 433-438.
- (37) — FERREIRA, C. — Incidência da Tuberculose no meio escolar. Revista Brasileira de Tuberculose, 1941, An. X, 3-10.
- (38) — FERREIRA DA COSTA, C. — Aspetos da Epidemiologia da Tuberculose em Curitiba e o Método de Manuel de Abreu. II.o Congresso Nacional de Tuberculose, São Paulo, 1941; Vol II, 215-222.
- (39) — FERREIRA FARIA, L., COUTINHO, F. M. E BILKIS, D. — Índice Tuberculínico entre Escolares da Estância Clímática de Campos do Jordão. V.o Congresso Panamericano de Tuberculose. Buenos-Aires-Córdoba, 1940. Vol. III, 120-131.
- (40) — FLEURY OLIVEIRA, B. J. — Índice de Tuberculização na América do Sul. V.o Congresso Panamericano de Tuberculose. Buenos Aires-Córdoba, 1940. Vol. I, 77-107.
- (41) — FIALHO, A. — Mortalidade Infantil, Entre 0 e 15 Anos, Observada no Rio de Janeiro e com Verificação Necroscópica. I.o Congresso Nacional de Tuberculose. Rio-São Paulo, 1939. Vol. I, 231-236.
- (42) — FRANCO, G. — Os Institutos de Previdência Poderão Resolver o Problema da Tuberculose no Brasil. I.o Congresso Nacional de Tuberculose. Rio-São Paulo, 1939, Vol. I, 153-158.
- (43) — FERNANDES, R. — Estudo Comparativo da Infecção Tuberculosa em Dois Asilos de Velhos do Rio de Janeiro. V.o Congresso Panamericano de Tuberculose. Buenos Aires-Córdoba, 1940. T. II, 627-634.

- (44) — GOMES DOS REIS JR. J. — Bases Profiláticas no Estado de Guerra, Decorrentes do Momento Epidemiológico na Tuberculose no Brasil. Revista Brasileira de Tuberculose, 1943, An. XII, 411-428.
- (45) — GOULD, D. M. — Mass X-Ray Survey In San Antonio. Public Health Report, 1945. Vol. LX, 117-126.
- (46) — HILLEOE, H. S. — Opportunities In The Newer Methods Of Tuberculosis Case Finding. Public Health Reports, 1943. Vol. LVIII, 1.094-1.101.
- (47) — LIBANIO, E. E. RIBEIRO, L. — A Luta Contra a Tuberculose no Brasil. Imprensa Médica, 1944. An. XX, 59-76.
- (48) — LIBANIO, S. — Serviço Nacional de Tuberculose. Jornal das Clínicas, 1944. Vol. XXIV, 7-24.
- (49) — LONG, E. R. — The Problem Of Tuberculosis In Military Service. The Journal Of The American Medical Association, 1941. Vol. 117, 264-266.
- (50) — LONG, E. R. — The War And Tuberculosis. The American Review Of Tuberculosis. 1942, Vol. XLV, 616, 636.
- (51) — LONG, E. R. — Tuberculosis And War. The American Review Of Tuberculosis. 1942, Vol. L, 401-404.
- (52) — MC DOWELL, A. E COLABORADORES — Resultados Imediatos e Mediatos do Pneumotorax Terapêutico no Brasil. II.o Congresso Nacional de Tuberculose, Vol. I, 117-138.
- (53) — MAC DOWELL, A. — Incidência da Infecção Tuberculosa nos Universitários do Rio de Janeiro. I.o Congresso Nacional de Tuberculose. Rio-São Paulo, 1939. Vol. I, 343-350.
- (54) — MAC DOWELL, A., NASCIMENTO, E. A. DO, E MARCHESE, P. — Inquérito Tuberculínico e Roentgenfotográfico no S. A. S. J. Revista Brasileira de Tuberculose, 1944. An. XIII, 179-198.
- (55) — MC DOUGAL, J. B. — Tuberculosis In England During The War. The American Review of Tuberculosis, 1942. Vol. XLVI, 677-683.
- (56) — MILLER, K. E. — Civilian Health as a Factor In National Defense. The American Review of Tuberculosis, 1941, Vol. XLIV, 637-650.
- (57) — MIRANDA, O. — Fundamentos Para a Luta Anti-Tuberculosa em Belem. II.o Congresso Nacional de Tuberculose. São Paulo, 1941, Vol. III, 223-246.
- (58) — MOURA, O. DE — Incidência da Tuberculose na Marinha de Guerra. I Congresso Nacional de Tuberculose. Rio-São Paulo, 1939, Vol. I, 237-252.
- (59) — MOTTA REZENDE — Incidência da Tuberculose na Polícia Militar. I Congresso Nacional de Tuberculose. Rio-São Paulo, 1939, Vol. I, 253-258.

- (60) — NEWSHOLME, H. P. — Tuberculosis — Some Public Health Issues. Napt Bulletin, 1944, Vol. 6, 4-6.
- (61) — OLIVEIRA VIANA, A. CORRÊA LEITAO, F. E MOTTA MEIRELLES, M. — Contribuição ao Estudo da Tuberculose Infecção. V Congresso Panamericano de Tuberculose. Buenos Aires-CÓRDOBA, 1940. T. II, 640-653.
- (62) — PAOLIELLO, O. — O Dispensário Post-Abreu. Novos Métodos de Trabalho no Dispensário A. Pontes, de Vitória. Revista Brasileira de Tuberculose, 1942, An. XI, 207-210.
- (63) — PARRAN, T. — Outlook for Tuberculosis Control in the Civilian Population. The American Review of Tuberculosis, 1944, Vol. L, 365-374.
- (64) — PASCALE, H. — Epidemiologia da Tuberculose. A Tuberculose, Doença Social. A Tisiologia como especialidade Médica. Arquivos de Higiene e Saude Pública, 1942, An. VII, 37-60.
- (65) — PASCALE, H. — Visão Panorâmica da Epidemiologia da Tuberculose em São Paulo e sua Importância em Face da Guerra. Arquivos de Higiene e Saude Pública, 1943, An. VIII, 119-148.
- (66) — PAULA SOUZA, R. DE — A Tuberculose no Estado de São Paulo. Subssídios para uma Luta Anti-Tuberculosa no Estado. Revista da Associação Paulista de Medicina. 1935. Vol. VI, 177-199.
- (67) — PAULA SOUZA, R. DE — Financiamento do Armamento Anti-Tuberculoso. A Questão do Seguro Social. Revista da Associação Paulista de Medicina, 1935, Vol. VI, 220-237.
- (68) — PAULA SOUZA, R. DE, E CERTAIN, D. A. — Recenseamento Tuberculino em um bairro de São Paulo. V Congresso Panamericano de Tuberculose. Buenos Aires-Córdoba, 1940, Vol. III, 165-171.
- (69) — PAULA SOUZA, R. DE E CERTAIN, D. A. — Recenseamento Tuberculínico em um bairro de São Paulo. V Congresso Panamericano de Tuberculose. Buenos Aires-Córdoba, 1940. Vol. III, 183-188.
- (70) — PAULA SOUZA, R. DE E MASCARENHAS, R. — Pesquisa de Tuberculose em Imigrantes Japoneses. V Congresso Panamericano de Tuberculose. Buenos Aires-Córdoba, 1940. Vol. III, 189-196.
- (71) — PAULA SOUZA, R. DE E MASCARENHAS, R. — Pesquisa de Tuberculose em Imigrantes Nacionais. V Congresso Panamericano de Tuberculose. Buenos Aires-Córdoba, 1940. Vol. III, 197-203.
- (72) — PAULA SOUZA, R. DE E TEIXEIRA, E. DE F. — Recenseamento Tuberculínico de Escolares num bairro de São Paulo. V Congresso Panamericano de Tuberculose. Buenos Aires-Córdoba, 1940. Vol. III, 204-208.

- (73) — PAULA SOUZA, R. DE — Censo Radiológico dos Universitários Paulistas. V Congresso Panamericano de Tuberculose. Buenos Aires-Córdoba, 1940. Vol. III, 221-228.
- (74) — PAULA SOUZA, R. DE, CRUZ, A. E RICI, A. — Recenseamento Tuberculínico em Escolas Primárias de Bragança. V Congresso Panamericano de Tuberculose. Buenos Aires-Córdoba, 1940. Vol. III, 229-233.
- (75) — PATERSON, R. C. — War and Tuberculosis. The American Review of Tuberculosis, 1942, Vol. XLIX, 357-365.
- (76) — POLLOCK, W. C. — Tuberculosis in the Army. The American Review of Tuberculosis. 1942. Vol. XLV, 658-674.
- (77) — QUEIROZ TELLES, D. DE — O Problema da Tuberculose em São Paulo. Revista da Associação Paulista da Medicina, 1935. Vol. VI, 165-176.
- (78) — QUEIROZ TELLES, D. DE — Contribuição à Determinação do Índice de Tuberculização de São Paulo. V Congresso Panamericano de Tuberculose. Buenos Aires-Córdoba, 1940. Vol. III, 259-272.
- (79) — QUEIROZ TELLES, D. DE — O Tuberculoso em face da Legislação. II Congresso Nacional de Tuberculose. São Paulo, 1941. Vol. II, 7-69.
- (80) — RECENSEAMENTO DO BRASIL — 1920 — Sinópses. População.
- (81) — RECENSEAMENTO DO BRASIL — 1920 — Vol. I.
- (82) — RESULTADOS DEMOGRÁFICOS (Sinópses preliminar) 1940.
- (83) — RENZO, A. — Plano Esquemático para Reajustamento do nosso Aparelhamento Anti-Tuberculoso ao Estado de Guerra. Revista Brasileira de Tuberculose, 1942, An. XI, 439-446.
- (84) — SAMPAIO, LEITÃO J. B. DE E Mc DOWELL FILHO A. — Resultados Obtidos do Exame Sistemático dos Alunos do Colégio Universitário Entre 14 e 42 Anos de Idade. V Congresso Panamericano de Tuberculose. Buenos Aires-Córdoba, 1940, T. II, 635-639.
- (85) — SANTOS, D. — Índice de Infecção Tuberculosa na Idade Escolar. I Congresso Nacional de Tuberculose. Rio-São Paulo, 1939. Vol. I, 365-368.
- (86) — SANTOS, NEVES J. — Controle da Tuberculose nas Escolas. I Congresso Nacional de Tuberculose. Rio-São Paulo, 1939. Vol. I, 215-221.
- (87) — SANTOS, NEVES J. — A Luta Contra a Tuberculose no Espírito Santo. Revista Brasileira de Tuberculose 1942, An. XI, 673-676.
- (88) — SANTOS, NEVES J. — Roentgenfotografia e Tuberculose Pulmonar. Revista Brasileira de Tuberculose 1942. An. XI, 149-170.
- (89) — SANTOS, NEVES J. E MARTINS, J. — Índice Tuberculínico de 1 a 20 anos na Cidade de Vitória. II Congresso Nacional de Tuberculose. São Paulo, 1941. Vol. III, 247-254.

- (90) — SHAPIRO, R. — Pulmonary Tuberculosis in Navy Recruits. *The American Review of Tuberculosis*, 1944, Vol. XLIX, 485-489.
- (91) — SILVEIRA, J. E. Cruz, E. DA — Contribuição ao Estudo do Recenseamento Tuberculínico. I Congresso Nacional de Tuberculose. Rio-São Paulo, 1939, Vol. I, 201-203.
- (92) — SILVEIRA, J. E COSTA, E. DA — Índice Tuberculínico na Cidade do Salvador. V Congresso Panamericano de Tuberculose. Buenos Aires-Córdoba, 1940. Vol. III, 89-91.
- (93) — SOARES DE SOUZA, H. — Primeiros Resultados do Recenseamento Torácico na Marinha. I Congresso Nacional de Tuberculose. Rio-São Paulo, 1939. Vol. I, 159-160.
- (94) — SPILLMAN, R. — The Value of Radiography in Detecting Tuberculosis in Recruits. *The Journal of the American Medical Association*, 1940, Vol. 115, 1371-1378.
- (95) — TAVARES, L. — A Tuberculose em Nossos Hospitais de Clínica Geral. *Revista Paulista de Tisiologia*, 1944. Vol. X, 194-200.
- (96) — YERUSHALMY, J. HILLEBOE, H. G. AND PALMER, C. E. — Tuberculosis Mortality in the United States: 1939-41. *Public Health Reports*, 1943, Vol. LVIII, 1457-1482.
- (97) — ZACKS, D. AND HYDE, R. W. — Pulmonary Conditions in Rejectees. *The American Review of Tuberculosis*, 1942. Vol. XLIX, 332-342.